

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE ^{N°} 188

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Luc VAN DER ELST

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Juillet 1904, à Paris

LES INDICATIONS
DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE DANS
LES CHOLÉCYSTITES AIGÜES

Président : M. GRÉGOIRE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1933

LES INDICATIONS
DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE DANS
LES CHOLÉCYSTITES AIGUËS

ANNÉE 1933

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Luc VAN DER ELST

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Juillet 1904, à Paris

LES INDICATIONS DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE DANS LES CHOLÉCYSTITES AIGÜES

Président : M. GRÉGOIRE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1933

PLAAT: 12

Boek

12

12



Doyen

BALTHAZARD.

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale...
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

ROUVIERE.
GREGOIRE.
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
LEMIERRE.
BRUMPT.
BAUDOIN.
CLERC.
LENORMANT.
ROUSSY.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
LÉPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.

Pathologie expérimentale et comparée.....
Hydrologie et thérapeutique et climatologie.....

LAVASTINE
FIESSINGER.
Maur. VILLARET.

Clinique médicale

CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.
LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
TEISSIER.

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

DELBET.
CUNEO.
LEJARS.
GOSSET.
TERRIEN.
LEGUEU.
COUVELAIRE.
BRINDEAU.
JEANNIN.

Clinique ophtalmologique
Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique thérapeutique médicale
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique
Clinique de la Tuberculose
Professeur sans chaire

J.-L. FAURE.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
Léon BERNARD.
SERGENT.
MAUCLAIRE.
MULON.

II. — Agrégés en exercice.

MM.

ALAJOUANINE Pathologie médicale.
AUBERTIN Pathologie médicale.
BENARD Henri. Pathologie chirurgicale
BROCQ Neurologie et Psychiâ-
trie.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.

MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale
De GAUDART	
d'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri..	Hygiène.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MILLOT	Histologie.

MM.	
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHEL Fils...	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-	
RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens.

MM.	
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE.	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent.

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRE	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.

MM.	
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ..	Clinique chirurgicale.
LEVY-SOLAL ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique chirurgicale.
METZGER	

V. — Chargés de cours.

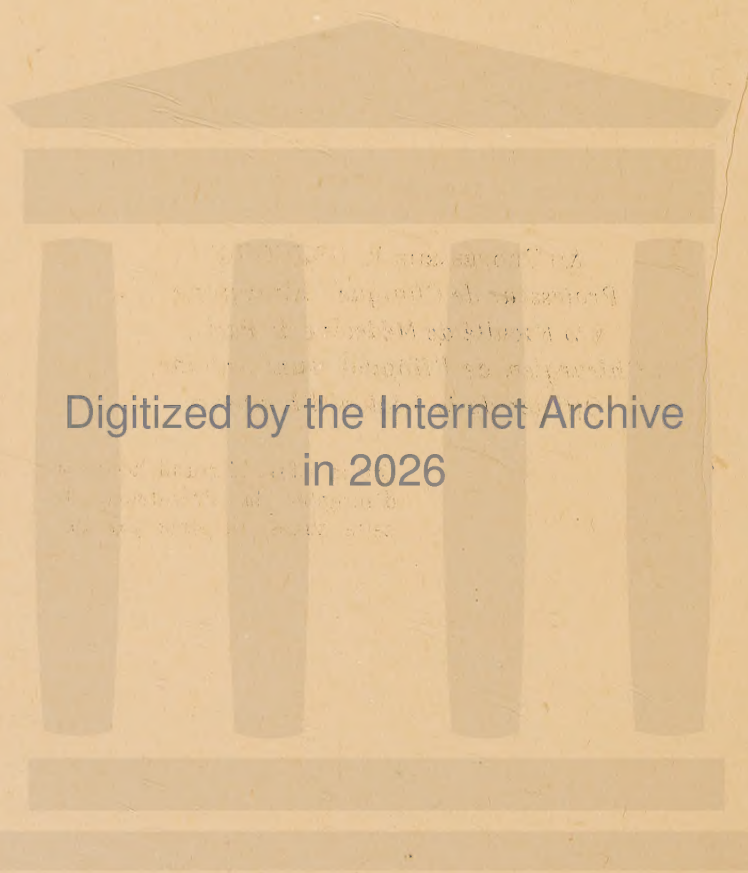
MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans	
chaire	
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	
LEDoux-LEBARD	
WEIL-HALLE	

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
Stomatologie.
Education physique.
Radiologie clinique.
Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE D^r ROBERT VAN DER ELST



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552817_0082

AU PROFESSEUR R. GREGOIRE
*Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'honneur.*

Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la Présidence de
cette thèse, inspirée par lui.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS,
Chirurgien de l'Hôpital des Ménages,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu me communiquer des observations si précieuses, en témoignage de ma profonde reconnaissance pour tout son enseignement.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD (*in memoriam*).

M. LE PROFESSEUR GOSSET.

Externat :

(1923) M. LE PROFESSEUR MAUCLAIRE.

(1924) M. LE PROFESSEUR DUVAL.

(1925) M. LE D^r ROBINEAU;

— M. LE D^r MACAIGNE.

(1926) M. LE PROFESSEUR NOBECOURT.

Internat :

(1928) M. LE PROFESSEUR MATHIEU.

(1930) M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK.

(1931) M. LE D^r GEORGES LABEY.

— M. LE PROFESSEUR GREGOIRE.

(1932) M. LE PROFESSEUR DUVAL.

— M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDENNOIS.

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS JEAN BERGER,
GATELLIER, ECALLE.

MM. ANDRÉ RICHARD, SOUPAULT, MADIER,
LOUIS MICHON, *Chirurgiens des Hôpitaux*.

MM. LES D^{rs} DE MASSARY, PICHON, GAUTHIER,
JACQUET, GARCIN, *Médecins des Hôpitaux*.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ.

M. LE PROFESSEUR DESGREZ.

M. LE PROFESSEUR HOVELACQUE.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT.

INTRODUCTION

Le traitement des cholécystites aiguës soulève encore, malgré de nombreux travaux déjà parus, une polémique qui n'est pas terminée, comme l'a bien montré le récent Congrès de la lithiase biliaire.

La première raison de la confusion qui règne à ce sujet nous paraît être la difficulté qu'ont les auteurs à montrer ce qui revient aux cholécystites aiguës à proprement parler, et même à se mettre d'accord sur ce terme.

Contrastant avec les affirmations contradictoires des divers travaux, d'ailleurs intéressants à étudier, deux sources ont contribué à nous éclairer principalement, la suite des discussions à la Société de Chirurgie depuis 1924 et l'analyse de la belle série d'observations que nous tenons de nos maîtres les professeurs Grégoire et Lardennois.

Ce qui revient à dire qu'en pareil cas, comme il arrive souvent en chirurgie, le sens clinique plus que des théories abstraites, se rapproche davantage des faits, dont il est l'émanation même.

Ainsi nous soutiendrons avant tout dans cette thèse cette idée très simple qu'il ne faut pas imposer ou

rejeter *a priori* la cholécystostomie dans le traitement des cholécystites aiguës.

L'important est d'adapter chaque sorte d'intervention aux cas cliniques. Aussi nous commençons par définir ces cas eux-mêmes; ensuite nous exposons par quels arguments les principaux chirurgiens qui ont étudié la question se sont rangés à un avis défini; en dernier lieu nous proposons les conclusions qui nous ont paru s'imposer à la suite de notre travail et de ses observations cliniques.

La question ainsi conçue, l'historique en est simple. En fait elle fut soulevée pour la première fois, tout au moins en France, en 1912.

Jusque là tous les auteurs étaient d'accord pour pratiquer la cholécystostomie. A ce moment, paraît dans la *Revue de Chirurgie* (1912, p. 169), un rapport de Leriche et Cotte qui montrait la cholécystectomie possible et même cherchait à en démontrer la nécessité.

Presque aussitôt une polémique très serrée s'engage. Une première thèse est écrite (Bachy, 1913). A l'étranger paraissent les travaux d'Exner, Winiwarter, etc.

La guerre interrompt les travaux, mais en 1920 Mocquot reprend la question à la Société de Chirurgie. A vrai dire il a fait faire au problème un pas essentiel en le posant ainsi :

En présence d'une cholécystite aiguë devant laquelle on est d'accord pour opérer, convient-il de pratiquer une ectomie d'emblée, ou une stomie suivie d'une ectomie?

De nombreuses discussions s'engagent alors de 1920 à 1924, avec le rapport de Lecène qui montre avec clarté qu'on ne peut imposer absolument la stomie, puis une série d'observations de Jean Berger vient montrer de beaux résultats de stomie pure.

Plusieurs thèses sont soutenues contradictoirement ou sans conclusions tranchantes, celle de Bretesché en 1926, de Favre en 1929. Chalié, à Lyon; Donnier, à Montpellier.

Des travaux importants sont publiés à l'étranger, parmi lesquels nous signalons surtout ceux de BIESENBERGER, DEAYER et REIMAN, ERDMAN, FINSTERER, HEINECK, KEMPENEERS, MIKITARIAN, ROYSTER, TITGAT et WITTE STETTEN.

Enfin parmi les travaux contemporains rappelons les importants articles de Soupault et Thalheimer, de Jean Berger et de Desplas, enfin les discussions du Congrès de la Lithiase biliaire.

ETUDE CLINIQUE

Avant tout il faut bien insister sur ce fait que la cholécystite aiguë se caractérise (comme l'appendicite aiguë d'ailleurs), par deux ordres de fait :

Anatomiquement : un fait capital des lésions aiguës en général macroscopique : inflammation des parois, avec tous les phénomènes de réaction qu'elle comporte;

Cliniquement : par trois grands symptômes : la douleur vésiculaire; la température élevée; l'atteinte plus précoce de l'état général.

En second lieu, il importe de reprendre la description clinique elle-même.

Beaucoup d'auteurs ne font pas les distinctions suffisantes : Bretesché, par exemple, ne cite qu'une description de cholécystite aiguë qui correspond surtout, semble-t-il, à la cholécystite suppurée simple : « Une cholécystite aiguë suppurée débute en général avec éclat, il s'agit en général d'une femme dont le passé médical ne présente aucun épisode dominant. Les troubles digestifs sans caractères précis, les douleurs irradiées, parfois des crises douloureuses... résument tous les antécédents ».

En réalité, il semble qu'on puisse envisager avec Jean BERGER (*Pr. Méd.*, 2 septembre 1926), deux cas bien distincts :

1° La cholécystite suppurée simple sans atteinte des voies biliaires;

2° La cholécystite compliquée d'angiocholite, cas bien différent, que les partisans de l'ectomie d'emblée eux-mêmes, n'ont jamais traité avec la même netteté;

Quant à l'étiologie elle est importante pour nous. Pratiquement les faits de lithiase de beaucoup les plus nombreux englobent avec les cholécystites typhiques la presque totalité des cas publiés. Nous verrons à l'occasion, cependant les réserves que des différentes causes peuvent comporter.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL IMMÉDIAT EST-IL OPPORTUN?

Nous insisterons peu sur ce chapitre qui ne soulève pas d'ailleurs les plus grandes difficultés.

Les arguments essentiels sont d'ailleurs analysés dans les thèses de GRILLET (1913), BRETESCHÉ (1926), FAVRE (1929).

GRILLET a apporté les plus importantes statistiques parues à l'époque de son travail; il a ainsi montré que la mortalité des cas soignés médicalement, était double de celle des cas chirurgicaux.

BRETESCHÉ, tout en étant moins affirmatif, montre « que l'acte chirurgical semble inévitable à plus ou moins brève échéance, bien qu'on puisse dans certains cas s'accommoder de l'expectative armée ».

FAVRE comparant surtout les cas des stomies et des ectomies classe les indications du traitement chirurgical d'après N. FRIESSINGER et insiste déjà, sur l'intérêt de la stomie, opération moins stockante, tout en réservant les indications de l'ectomie.

Certains auteurs ont tout récemment insisté sur un point que l'on peut invoquer en faveur du traitement chirurgical rapide.

Certes les premiers travaux de CARNOT et KAROLYI d'une part, d'autres plus récents de CHABROL, BROCC, PORIN envisagent nettement cette atteinte au cours d'une obstruction de la voie principale, non d'une inflammation de la voie secondaire.

Il est certain cependant, que puisque dans les deux cas il s'agit d'un drainage à faire, les résultats à distance peuvent se rapprocher dans une certaine mesure.

Cette atteinte précoce du foie, cette atteinte grave non pour le présent, mais pour l'avenir, puisqu'elle est irréparable, — la biologie seule en fixera la portée véritable, quand elle aura pu étudier davantage la forme de la cellule glandulaire, sa sécrétion mouvante avec chaque moment, ses maladies enfin complexes dans la courte période d'inflammation, mais si vite et si irrémédiablement fixées dans la longue période de sclérose.

Mais nous retiendrons seulement la valeur de l'argument, car c'est dans la mesure où ces malades sont menacés de devenir des « hépatiques » que le drainage vésiculaire s'impose vite, et peut-être avec des modalités spéciales.

C'est ainsi que l'on assiste aujourd'hui à l'évolution des idées dans le sens d'une intervention précoce au cours de maladies jusqu'ici traitées médicalement.

Rappelons l'enseignement du Professeur Agrégé MOCQUOT (Soc. Chirurgie) : « N'y aurait-il pas lieu de placer un drain chirurgical précoce, au lieu de chercher à établir un long et toujours aléatoire drainage médical? »

EXPOSÉ DES MÉTHODES

Considérons donc le principe de l'intervention précoce comme admis. Quels sont les différents cas où l'on va avoir une indication opératoire à poser.

L'enseignement clinique de notre Maître, le Professeur GRÉGOIRE, nous permet de les exposer rapidement ainsi :

1^{er} cas. — Le diagnostic de *cholécystite aiguë avec angiocholécystite* a pu être posé avant l'intervention ou au cours de l'opération.

Nous estimons que la stomie s'impose au besoin avec des variations de technique, car l'état général du malade et l'incertitude de la voie biliaire principale tranchent la question.

Tout au plus pourra-t-on compléter dans l'avenir cette intervention.

2^e cas. — L'examen du malade, ou l'exploration prudente de la voie biliaire principale, voire même du pancréas, montrent que la vésicule est seule en cause.

Dans les cas faciles, nous pensons avec Leriche et Lecène que la cholécystectomie est le traitement de choix.

De même dans les cas d'ailleurs peu fréquents de gangrène de la vésicule, dont on peut rapprocher les cas de perforation. Ce sont alors souvent des cas de cholécystite typhique comme le montrait, à la Société de Chirurgie en 1924, le Professeur QUÉNU.

Mais dans tous les cas où il s'agit d'une cholécystite qui s'annonce difficile, avec un état général déjà tou-

ché, nous proposons la stomie, quitte à la compléter par une ectomie précoce.

Ainsi, il y a trois éventualités chirurgicales devant une cholécystite aiguë :

La stomie simple (proposée par Jean BERGER);

L'ectomie primitive que certains tendent à généraliser;

La stomie primitive suivie d'ectomie.

Comme l'indiquent le Professeur Grégoire et M. Mocquot, chaque méthode a ses arguments, que nous nous proposons d'analyser maintenant.

ANALYSE DES INDICATIONS

ARGUMENTS EN FAVEUR DE L'ECTOMIE

L'ectomie a l'avantage d'enlever la vésicule malade, comme l'appendicectomie supprime l'organe malade. C'est donc une opération radicale qui vise :

A guérir définitivement puisqu'elle supprime la cause du mal;

A éviter les récidives puisque la vésicule est le laboratoire des calculs (cas lithiasiques les plus fréquents);

A éviter les réinterventions aléatoires.

Certains auteurs estiment (Rohde en Allemagne, Mayo aux E.U.A.), qu'elle est toujours possible, même dans les cas les plus aigus, et qu'elle évite ainsi tous les inconvénients de la stomie.

Ce sont en effet ces inconvénients qui forment le véritable argument (donc négatif) des partisans de l'ectomie, qui reprochent à la stomie :

IMMÉDIATEMENT : *de laisser la vésicule à parois malades* (Leriche et Cotte, Lilienthal, Okinczye);

de laisser passer une perforation au niveau du col (Quénu);

de laisser une vésicule qui peut devenir cancéreuse (Lardennois, Witte Stetten).

ET A DISTANCE : *de créer des adhérences;*

de laisser s'établir *une fistule* (cause elle-même d'éventration, etc.);

de laisser courir au malade le risque et les dangers d'une seconde intervention.

Critique de ces arguments :

a) *L'état des parois vésiculaires :*

C'est en effet le point important de la question.

Il y a un cas où il faut toujours enlever la vésicule, c'est lorsque les parois sont gangrénées. Il est évident qu'alors les risques de sphacèle rapide passent avant toute autre considération.

Ce cas mis à part, c'est une affirmation gratuite de prétendre que la stomie n'améliore pas l'état des parois vésiculaires.

LECÈNE a rapporté des examens histologiques de HARTMANN, comparant différentes coupes qui ont été faites :

Les unes au moment de l'intervention;

Les autres quelques semaines plus tard, dans les cholécystites aiguës traitées par stomie simple.

Bien que ces examens n'aient pu être pratiqués, en raison de leur difficulté même, que sur très peu de cas, la constance dans l'amélioration, la guérison complète dans un cas, prouvent tout au moins la possibilité de retour à la normale des parois vésiculaires atteintes d'inflammation.

Bien plus, ces lésions de parois vésiculaires comportent deux conséquences qui plaident en faveur de la stomie :

Elles entraînent en effet, dans bien des cas, des adhé-

rences de telle nature que les risques de blesser les organes du voisinage seraient terriblement augmentés (nous en rapportons plusieurs observations);

D'autre part, l'inflammation risque de s'étendre aussi à la vésicule biliaire principale, auquel cas si l'on ne recourt pas à la stomie, il faudrait tout au moins pratiquer en plus de l'ectomie un drainage de Kehr, ce qui en pareil cas aggrave considérablement le pronostic (voir l'observation III). Ce sont ces adhérences à chaud qui demeurent le meilleur argument de la stomie.

Nous estimons donc que l'altération des parois vésiculaires n'est pas, si on l'examine de près un argument en faveur de l'ectomie.

b) Quant à l'argument d'une perforation possible au niveau du col, nous avons reconnu en effet que dans les cas de gangrène, l'ectomie s'imposait.

c) Pour la cancérisation de la vésicule, affection d'ailleurs moins rare qu'on ne croirait (KRAHENBUHL), son étude appartient plutôt aux indications opératoires des *cholécystites chroniques*.

C'est alors un des meilleurs arguments en faveur de l'ectomie, car comme le dit Papin, il est peu d'épithéliomas pour lesquels nous disposions d'une prophylaxie aussi solidement assise.

Cependant, KÖRTE (1925) a montré qu'il fallait savoir les chercher derrière certaines cholécystites suppurées (17 cas sur 32).

d) Les difficultés de la réintervention.

C'est là peut-être le point crucial de la question.

Pour White Stetten, il n'est plus possible, de très bonne heure, de réintervenir sans danger sur une vésicule cholécystostomisée.

Mocquot, par contre, dit que les difficultés n'existent pas, à condition de réintervenir précocement. Il assimile la cholécystite et l'appendicite et affirme avoir vu de la même façon les adhérences diminuer, comme après la crise appendiculaire aux alentours de la quatrième semaine.

Notre Maître, le Professeur agrégé LARDENNOIS, est d'un avis tout différent. Il nous a souvent donné l'occasion d'assister, soit dans son service, soit en clinique, à des réinterventions tardives datant de deux à cinq ans. Il s'agissait de toute une série de cholécystostomies pratiquées antérieurement, soit par lui-même au cours d'interventions particulièrement délicates, soit par d'autres chirurgiens, et qu'il a bien voulu nous autoriser à publier en partie.

Par une technique particulière, il arrive d'ailleurs dans la plupart des cas à se débarrasser rapidement des adhérences de périhépatite, et à en éviter la reproduction par la façon dont il reconstitue les feuilletés péritonéaux accolés. Mais il estime que ces adhérences sont graves, car elles relèvent d'un certain degré d'infection péritonéale subaiguë, et dans certains cas, il a été forcé de prendre la vésicule dans un bloc fibreux où il devenait presque impossible de la reconnaître.

Devant ces difficultés de réintervention, il estime qu'il vaut mieux se débarrasser d'emblée de la vésicule. Il distingue en effet deux cas :

Adhérences « froides » toujours opérables;

Adhérences « chaudes » et ectomie impossible. Et dans ce cas, il eut mieux valu, pense-t-il, laisser refroidir avant d'opérer.

Cependant dans la plupart des cas qu'il a bien voulu nous permettre de suivre, il s'agissait de réintervention après plus d'un an.

Aussi son opinion nous paraît compatible avec celle de notre Maître, le Professeur Grégoire, qui reconnaissant également la gravité des adhérences tardives, insiste sur la nécessité quand on réintervient de le faire précocement; il indique lui-même très nettement la date la meilleure qui lui a permis dans bien des cas d'échapper précisément aux adhérences, en passant entre celles de la crise qui ont diminué et celles de la cholécystostomie qui n'ont pas eu le temps de se former : c'est la quatrième semaine.

D'ailleurs, certains auteurs pensent que la cholécystectomie n'est pas à l'abri des adhérences. DEAYER et REIMAN estiment qu'elle en donne plus que la stomie. A quoi faut-il attribuer en effet certains « lendemains douloureux des cholécystectomies » ? Les avis sont d'ailleurs très partagés, et il semble cependant qu'on peut penser avec le Professeur Grégoire et Lardennois que l'ectomie, quand elle est correctement pratiquée, donne rarement des adhérences périhépatiques, les cas qu'on a signalés étant plutôt dûs à une périduodénite préexistant à l'intervention.

Nous en rapportons d'ailleurs une belle observation, dans laquelle il a fallu, pour faire cesser la reproduc-

tion des adhérences, péritoniser la cicatrice du lit vésiculaire avec le petit épiploon, dans une troisième intervention.

e) Il nous reste la question de la fistule.

Dans le cas très spécial de l'urgence, on doit bien reconnaître avec Jean Berger qu'elle passe tout à fait au second plan, quand c'est la vie du malade qui est en jeu à bref délai.

D'ailleurs, comme il le fait remarquer fort justement, ces fistules ne sont ni si fréquentes, ni si tenaces, ni si difficiles à traiter qu'on le dit.

Favre, en effet, a montré qu'elles ne persistaient que dans deux cas :

Fistule muqueuse s'il y a un calcul du cystique;

Fistule biliaire, preuve presque absolue d'un calcul du cholédoque, qu'il faut alors rechercher dans de bien meilleures conditions, en se félicitant d'avoir laissé la vésicule (voir observations).

Desplas qui s'est fait, ces dernières années, le protagoniste de la stomie, estime également que les fistules sont faciles à soigner. Il insiste sur le fait que la stomie permet la vérification facile de la valeur de la bile. En outre, on peut combiner ainsi utilement cholécystostomie et cure thermale.

Il compare la stomie à la cystostomie, qui permet, dans certaines conditions, au rein lésé, de reprendre son intégrité.

Il y aurait lieu d'étudier aussi la variation des autres témoins de l'insuffisance hépatique, afin de suivre pas à pas le retour à l'état normal, en particulier :

L'écoulement de la bile,
Ses variations,
Son intermittence,
Ses différences de coloration.

Sans vouloir méconnaître par conséquent certains inconvénients de la fistule, il semble bien que cet argument, valable dans les cholécystites chroniques, n'a guère de valeur dans les cas aigus qui seuls nous intéressent.

ARGUMENTS EN FAVEUR DE LA STOMIE

Les partisans de la stomie insistent avant tout sur l'état général du malade. Il est évident que dans la majorité des cas, il s'agit de sujets shockés, soit qu'ils aient trop attendu, soit qu'un long passé lithiasique connu ou passé inaperçu ait diminué la valeur de leur foie, et surtout s'il s'agit de sujets âgés.

Il ne faut pas oublier en outre, si l'on a affaire à une cholécystite qui peut être lithiasique, que la coagulabilité sanguine n'a pas pu être traitée par une médication pré-opératoire suffisamment prolongée, puisqu'il s'agit de cas d'urgence. On a donc intérêt à éviter l'ectomie, qui peut toujours donner ces petites hémorragies du lit hépatique difficiles à traiter.

Enfin, répétons que la plupart des lithiasiques sont en réalité des hépatiques; la vésicule, surtout en crise aiguë, est rarement toute la maladie, elle est donc inassimilable à un appendice malade. Et si ce sont des hépatiques, on a intérêt à la choquer au minimum, et surtout à drainer comme nous le verrons.

Or, la stomie permet d'employer la locale et surtout par conséquent améliore certainement le pronostic opératoire.

Bien que les statistiques n'indiquent pas clairement les différents résultats de l'ectomie et de la stomie,

celle de Moore qui porte sur 3.000 cas indique 5 % de mortalité dans les deux cas.

L'ensemble des statistiques rapportées par Bretesché montre même 7 % de mortalité dans la stomie contre 3 % dans l'ectomie, ce qui semblerait paradoxal, même aux partisans de l'ectomie à chaud.

Favre, par contre, étudiant également les statistiques, indique nettement la gravité du choc, gros facteur de mortalité dans l'ectomie à chaud.

Ce premier argument de la moindre gravité des stomies paraît irréfutable, tout au moins dans les cas où on a l'impression d'un malade sérieusement atteint.

En outre, il y a un deuxième argument tiré des dangers de l'ectomie.

Rieffel, puis Mocquot ont insisté sur la présence et la gravité des adhérences autour de la veine cave ou la veine porte.

Jean Berger a publié des cas où le colon adhérait de telle façon qu'il était impossible d'enlever la vésicule sans le crever.

Dans une observation de notre Maître, le Professeur Grégoire, où la vésicule s'est perforée presque sous les yeux de l'opérateur en laissant s'écouler un pus abondant, les adhérences généralisées étaient telles qu'aucun opérateur devant l'état général de la malade et les dangers de l'ectomie, n'aurait pu penser à faire autre chose qu'une stomie.

Pour M. Lardennois, il convient de diviser ces adhérences en deux groupes, dont on peut tirer des indications essentielles :

Si les adhérences sont froides, c'est-à-dire s'il n'y a pas d'inflammation récente autour de la vésicule, il estime qu'il est préférable d'enlever la vésicule, car rien ne permet d'espérer qu'elles rétrocéderont à l'opération ultérieure. Bien au contraire, il a bien voulu d'ailleurs nous fournir à ce sujet un grand nombre d'observations, dont nous avons rapporté les plus instructives;

Si les adhérences sont chaudes, il prend nettement au contraire parti contre l'ectomie, en tenant compte également de l'état général des malades. Mais il préfère en pareil cas laisser refroidir et opérer après la crise.

Quant au troisième argument, il s'inspire de l'intérêt du drainage des voies biliaires réalisé par la stomie.

Desplas estime :

a) Qu'il a un effet immédiat *sur la vésicule* qu'elle draine, en combattant la stase et l'inflammation pariétale;

b) La dérivation biliaire qu'elle réalise met au repos la partie basse de la *voie biliaire principale* et le pancréas (observations de Brocq et Brodin en 1928).

Or, stase biliaire plus infection s'intriquent pour créer ou aggraver ces états inflammatoires du cholédoque, du pédicule hépatique et du pancréas.

Faire cesser la stase biliaire est dès lors la première condition pour traiter les angiocholites et les pancréatites chroniques; et, à ce point de vue, la dérivation biliaire vésiculaire semble à la fois plus efficace que le drainage médical des voies biliaires par le tubage

duodénal, et plus simple que le drainage direct de la voie principale ou le drainage transvésiculaire du cholédoque.

Cet argument primordial s'applique donc complètement aux cas d'angiocholite et même aux cas de cholécystite aiguë simple des lithiasiques chez lesquels on connaît la fréquence de l'atteinte pancréatique masquée par la symptomatologie globale du carrefour.

c) Enfin, elle a un effet sur le foie.

Brocq et Brodin, Mocquot et Brulé, Fiessinger et Toupet, Raoul Monod, ont pu ainsi obtenir la guérison même d'ictères chroniques. Desplas a d'ailleurs démontré, à propos du traitement des cholécystites chroniques, que la lithiasie n'est pas une maladie purement vésiculaire, mais la manifestation humorale d'une affection hépatique, comme le montre l'éclaircissement progressif de la bile et son retour à l'état normal. Il en rapproche également ce fait : les sondes maintenues de longs mois dans une vésicule nettement lithiasique n'avaient pas la moindre trace autour d'elle de précipitation biliaire, ce qui paraît infirmer les expériences fondamentales de Mignot.

Enfin, la pratique de la stomie a montré que dans certains cas apparaissaient des calculins après l'opération, alors que l'intervention n'avait pas montré de calcul vésiculaire.

De l'ensemble de ces faits, applicables d'ailleurs aux seuls cas de cholécystite lithiasique, aussi bien aiguë que chronique, il se détache cette constatation : à force de proclamer que la vésicule est le laboratoire des cal-

culs, on finira par croire qu'elle est aussi celui de la bile.

En réalité, l'origine hépatique de l'affection explique alors certains échecs de résection vésiculaire, et par contre les heureux effets de la stomie combinée ou non avec le traitement hydrominéral.

Est-ce à dire qu'il faille systématiquement préférer la stomie?

Certainement non, comme nous l'avons déjà montré.

En réalité, deux écoles s'affrontent :

L'une envisage une opération idéale sans réintervention;

L'autre la résistance du malade et la nature réelle de l'affection.

Ce sont donc les faits cliniques qui doivent arbitrer, en montrant deux sortes d'éventualité :

Si l'état général du malade est altéré, si les adhérences sont particulièrement dangereuses, il est hors de doute (et c'est là une notion générale de chirurgie d'urgence) qu'il faille préférer le minimum, c'est-à-dire la stomie; et quelle est la série de cholécystectomies qui pourrait à cet égard se comparer aux treize cas que nous apportons avec 100 % de guérison immédiate?

Mais il n'en est pas moins vrai que si la vésicule est décollable et si l'état général le permet, il n'y a aucune raison de faire courir au malade les risques de deux interventions, surtout si l'on considère les ennuis et les difficultés à distance que ne peut pas manquer d'apporter la stomie, beaucoup plus que l'ectomie correctement pratiquée.

OBSERVATIONS

Nous publions ici treize cas inédits que nous avons choisi parmi les plus instructifs de ceux qu'ont bien voulu nous communiquer nos Maîtres. Nous avons en effet éliminé tous ceux de cholécystite gangréneuse, ceux où la notion de *cholécystite aiguë* était insuffisamment démontrée par les faits cliniques, ceux enfin qui n'ont pu être suivis après leur sortie de la clinique ou de l'hôpital.

Sur ces treize cas, traités par la stomie d'urgence, pas une mort. En outre, aucun des malades qui ont pu être revus il y a quelques mois ne présentait alors de séquelle.

Quatre cas n'ont été suivis d'aucune réintervention.

Sept des autres ont subi une simple cholécystectomie secondaire pratiquée comme on le verra avec des difficultés différentes dans un temps variable.

Les deux derniers ont subi trois interventions en tout, une troisième intervention ayant été nécessaire pour les libérer d'adhérences reformées secondairement.

OBSERVATION I

Mme C..., 55 ans.

Malade qui entre dans le service du Professeur Grégoire, à l'hôpital Tenon, pour y être opérée le 14 juin 1929.

Température à 39-39,5. Etat général touché. Empâtement de la région vésiculaire très douloureuse.

Le diagnostic de cholécystite suppurée est posé.

Intervention (Professeur Grégoire).

Incision transversale droite avec branche médiane.

On tombe sur une vésicule très enflammée.

Adhérence au colon.

Adhérence au duodénum.

Dès qu'on cherche à poser une pince dessus, elle crève sur le lit de compresses qui l'isole de la cavité péritonéale.

Drainage de la vésicule.

La malade quitte le service deux mois plus tard très améliorée. Sa fistule était alors refermée entièrement.

Il n'y a pas eu besoin de réintervention.

OBSERVATION II

Mme W..., 20 novembre 1929. — *Cholécystostomie d'urgence pour accidents aigus et cholécystectomie consécutive trois semaines après.*

Première intervention le 18 novembre 1926 (D^r Lardinois).

Adhérences autour de la vésicule. Celle-ci est emprisonnée, est difficilement libérable. Traces de perforation sur la vésicule qui est bourrée de calculs. Impossible de placer un fil sur le col.

Cholécystostomie. Fixation au péritoine seulement.

Deuxième intervention le 7 décembre 1926.

Nettoyage de la plaie. Réouverture de la vésicule et nettoyage à la curette. Mèche iodoformée.

Dissection de la vésicule après résection de la peau de l'ancienne cicatrice.

Cholécystectomie.

La malade est restée en excellent état général pendant six ans.

Puis des adhérences ayant déterminé un état douloureux avec ictère, une nouvelle intervention est pratiquée le 20 décembre 1932, par M. Lardennois.

Ablation d'adhérences de périhépatite, de péricholécystite.

La malade quitte la clinique 10 jours après, en excellent état.

OBSERVATION III

Mme S...

Première intervention le 26 décembre 1925 (D^r Lardennois). Crise de cholécystite aiguë.

Incision transversale droite.

Dégagement de la vésicule.

Cholécystostomie.

Gros calcul dans la vésicule.

On ne pratique pas la cholécystectomie en raison de l'infection marquée de la bile et des adhérences très accusées de la vésicule. L'exploration du cholédoque très entouré d'adhérences n'a pas permis de retrouver l'existence de calculs.

Deuxième intervention le 19 janvier 1926.

Exploration de la vésicule par l'orifice de cholécystostomie, au doigt, à la curette et à l'endoscope.

Un calcul dans le bassinnet, comprime le cholédoque. Il ne peut être extrait.

Troisième intervention le 23 mars 1926.

Fermeture à la soie de l'orifice de Cholécystostomie.

Cholécystectomie.

Drainage du cholédoque.

Gros calcul enlevé.

OBSERVATION IV

Mme S...

Première intervention le 8 octobre 1929 (D^r Lardennois).

Crise aiguë datant de 2 jours.

Abcès périvésiculaire.

Vésicule tendue, enflammée, adhérente.

Incision de la vésicule. Sonde de Petzer pour drainage.

4 mèches et 4 lamelles de caoutchouc pour drainage périvésiculaire.

Prélèvement de pus remis Laboratoire=Entérocoque.

La malade est très améliorée et quitte la clinique 25 jours après.

Deuxième intervention le 14 décembre 1929.

Fistule biliaire. Dissection du trajet fistuleux.

Incision transversale droite.

Cholécystectomie.

Dégagement de la vésicule très intimement soudée au foie. Mèche et drain.

Fermeture en trois plans, au-dessus et au-dessous.

Suites normales. Malade revue deux ans après en très bon état.

OBSERVATION V

Mme P..., 38 ans.

Début des accidents vésiculaires en 1929. Crises de cholécystite répétées jusqu'en 1932.

En février 1932, la malade est opérée à la fin d'une forte crise. Température à 39°.

Cholécystostomie et drainage suivant la technique de Desplas. Suites excellentes.

La malade reprend plus de 10 kilos dans les 5 mois pendant une cure à Châtel-Guyon.

La sonde est alors enlevée en février 1932.

Mais la fistule ne se ferme définitivement que 6 mois plus tard, c'est-à-dire en novembre.

La malade est revue par M. Lardennois en décembre 1932. Elle présente des crises douloureuses et un état nauséux qu'il attribue à des adhérences.

En effet, à l'intervention faite le 28 décembre, il est nécessaire de libérer non seulement le fond de la vésicule, mais toute la partie adjacente du foie, où la périhépatite est marquée par des tractus fibreux qui se laissent assez faiblement attaquer par leur face supérieure.

La malade sort guérie le 15 janvier 1933.

OBSERVATION VI

M. F...

Malade qui est transporté en juillet 1929, dans la clinique de M. Lardennois, arrivant d'urgence de Vittel accompagné par son médecin.

Il présente un état général assez gravement atteint. Une température à 40°. A l'examen, on trouve une contracture du cadran supérieur droit de l'abdomen qui tend à se diffuser. Le diagnostic de perforation vésiculaire est posé.

A l'intervention, il serait impossible d'enlever la vésicule devant l'état du malade, choc considérable. Vésicule adhérente périhépatite.

Double drainage : drainage vésiculaire, drainage péritonéal.

L'état général s'améliore rapidement; cependant, malgré le drainage vésiculaire, de petites crises douloureuses reviennent à intervalle plus ou moins rapproché.

En mars 1930, la réintervention est décidée.

Cholécystectomie.

Mais les adhérences sont très serrées et il faut sculpter la vésicule dans un véritable bloc fibreux qui adhère au pédicule hépatique.

Suites normales. Le malade est revu plusieurs mois après en bonne santé apparente.

OBSERVATION VII

M. A...,

Un passé hépatique net, mais en outre des antécédents

chargés. Appendicectomie 5 ans avant. Coxalgie gauche fistulisée.

Radio (Raulot-Lapointre).

Intervention le 10 août 1931.

M. Lardennois pratique une laparatomie para-médiane droite sus-ombilicale.

Enorme vésicule distendue, 2 gros calculs perceptibles.

Ponction à la seringue ramène 150 cc. de bile infectée.

On décide dans ces conditions de pratiquer une cholécystostomie. Amarrage de la vésicule avec pince à cæcum. Fixation à la paroi avec 4 fixe vésicule. Fermeture.

Ouverture du cône vésiculaire au thermo. Impossibilité d'enlever de suite les calculs. Laminaire n° 20.

Les suites de l'intervention ont été favorables. La fistule s'était tarie quand la malade a été revue 5 mois après.

OBSERVATION VIII

Malade de 44 ans.

Passé lithiasique : première crise vésiculaire en 1929, suivie d'une seconde en 1931.

Malade opérée d'urgence le 29 octobre 1931 par M. Lardennois, température à 40°. Empâtement de la région vésiculaire. Ictère avec décoloration des matières.

Grosse vésicule enflammée, mais en outre calculs du cystique et du cholédoque.

Etant donné l'atteinte de la vésicule biliaire principale et l'état général, on pratique le drainage vésiculaire de préférence à l'ectomie, plus drainage cholédocien.

Amélioration rapide et marquée les jours qui suivent.
Réintervention le 3 décembre 1932, après transfusion.
Ablation des calculs du cholédoque.
Drainage du cholédoque par le procédé de Kehr.
Suites excellentes. Malade revue en excellente santé 2 mois après.

OBSERVATION IX

M. L...

Cholécystite aiguë avec péricholécystite.

Entre en maison de santé du Dr Lardennois. La cholécystite paraît refroidie. Le malade sort, mais 4 semaines après il demande intervention.

Le 30 juin 1928 :

On trouve une cholécystite aiguë.

Grosse vésicule remplie de pus.

Adhérences serrées inflammatoires.

Pancréas épaissi.

On ne peut songer à faire cholécystectomie. Donc stomie avec les aiguilles courbes spéciales. Suites normales.

Deuxième intervention le 13 décembre 1929. Cholécystectomie.

Malade revue 3 mois après. Va bien.

OBSERVATION X

Mme N...,

Antécédents de lithiase.

Présente depuis 25 jours une colique hépatique tous les jours ou tous les 2 jours, avec fortes poussées de température.

Echec du traitement médical.

Première intervention le 9 novembre 1928.

A l'ouverture du péritoine, le Professeur agrégé Lardennois constate l'existence d'une vésicule très distendue. Péricholédocite.

Ponction de la vésicule. Ne ramène rien.

Incision : pus.

Nettoyage de la vésicule.

Drain dans la vésicule. Fermeture au-dessus et au-dessous.

Deuxième intervention le 10 mai 1929.

Résection de la cicatrice.

Ouverture du péritoine.

Libéré d'adhérences, la vésicule est normale, sans calculs, avec petit diverticule allant à la paroi, vestige de la cholécystostomie.

Suites normales. Malade revue en parfait état.

OBSERVATION XI

Mme R...,

Crise de gravité croissante.

Essais de traitement médical sans efficacité.

Intervention le 2 novembre 1927 (M. Lardennois).

Adhérences épiploon à vésicule.

Calcul du cystique et cholédoque.

Exérèse impossible.

Cholécystostomie.

La malade sort de la clinique au bout de dix-huit jours, considérablement améliorée.

OBSERVATION XII

Mlle M...,

Malade à très mauvais état général, déjà opérée d'une fistule congénitale du coccyx.

Intervention le 15 février 1928, par M. Lardennois.

Incision transversale droite.

Calculs dans la vésicule, à parois de carton bouilli.

Adhérences serrées inflammatoires.

Cholécystostomie.

La malade guérit avec une fistule. Mais son état général ne permit à aucun moment d'espérer une réintervention définitive.

Trois ans après, elle fit une poussée d'angiocholite à laquelle elle ne survécut que quelques semaines.

OBSERVATION XIII

Mlle C..., 49 ans.

Antécédents lithiasiques.

Crise aiguë le 15 juillet 1929. Douleur vésiculaire. Grosse vésicule perceptible avec péricholécystite. Température à 39°.

Première intervention le 19 juillet 1929, par M. Lardennois..

Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale.

Laparatomie médiane sus et sous ombilicale.

Liquide dans le péritoine.

Hépatomégalie considérable avec coloration gris ardoise.

Cholécystostomie.

Deuxième intervention le 31 juillet 1930.

Cholécystectomy très délicate.

Douleurs. Mauvais état général.

Adhérence de la vésicule à la peau. Adhérences dans la profondeur.

Nettoyage de la vésicule. Une mèche.

Troisième intervention le 10 août 1931.

Résection des adhérences à la paroi.

Résection des adhérences épipliques au cœcum.

Résection des adhérences au duodénum et à l'estomac.

Péritonisation du lit vésiculaire par le petit épiploon pour éviter les récidives d'adhérences.

Suites normales.

CONCLUSIONS

Nous concluons donc :

En présence d'une cholécystite aiguë suppurée, la cholécystostomie s'impose :

En présence d'un malade fatigué;

En présence d'une angiocholite surajoutée, s'il y a des adhérences « chaudes ».

La cholécystectomie sera réservée :

Aux cas où une gangrène ou une perforation menace;

Aux cas simples où l'état général est bon;

Aux cas où les adhérences ne sont pas inflammatoires et où il n'y a pas de participation de la V. B. principale.

II. — *Si la cholécystostomie a été pratiquée, conviendra-t-il d'enlever secondairement la vésicule?*

Nous ne croyons pas nécessaire de conserver absolument le « fil d'Ariane » de la vésicule.

De même, les arguments physiologiques tirés de l'origine hépato-cholédocienne aussi bien que vésiculaire de la lithiase ne valent que pour certains cas. Dans beaucoup d'autres ils doivent s'incliner devant la gravité des adhérences douloureuses que risque de constituer une stomie prolongée.

Le Professeur Grégoire insiste sur le fait que si le deuxième temps est fait, il convient de la pratiquer précocement vers la quatrième semaine pour éviter la formation d'adhérences.

Les suites de la cholécystostomie semblant fournir comme l'a montré le professeur agrégé Lardennois, en particulier, à propos d'une série de cas, un grand nombre d'adhérences douloureuses, cette pratique nous paraît utile.

Aussi, à part quelques cas où la stomie ne pourra être complétée (âge du sujet, mauvais état général) et d'autre part ceux où l'ectomie aura pu ou dû être effectuée immédiatement, nous pensons à la suite du professeur Grégoire et de Mocquot que la plus fréquente indication en présence d'une cholécystite aiguë sera :

La stomie immédiate, au besoin à la locale complétée par une ectomie précoce.

Nous retenons, en effet, la nécessité de l'intervention précoce et les indications tirées de l'état général des malades qui nous font préférer, dans les cas que nous avons décrits, la stomie primitive.

Cependant, la gravité des adhérences qui suivent une stomie trop longtemps prolongée nous fait croire qu'il est utile de l'enlever dans un deuxième temps aux environs de la quatrième semaine.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
GRÉGOIRE.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNSPERGER. — *Pathogénie de la Pancréatite dans la L.B.*
Munchener Méd. Woch., 4 avril 1911.
- ARNSPERGER. — *Guérisons durables et récidives à la suite
d'opération sur les voies biliaires.* Münch. Med. Woch.,
2 janvier 1912.
- BACHIROFF. — *Résultats d'op. expérim. sur la V.B.* Soc.
Russe de Chir. de Pirogoff., 14 octobre 1909.
- BALSWIN et GILMOUR. — *Etude sur la chir. des voies bil.*
Ann. of Surgery, novembre 1924.
- BERGER (Jean). — B. et M.S. Chirurgie, 22 octobre 1924.
- BERGER (Jean). — *Les indications de la stomie.* Presse Méd.,
2 septembre 1925.
- BACHY. — *La cholécystectomie dans la lith. vésiculaire.*
Thèse de Paris, 1913.
- BIESENBERGER. — *L'opération précoce de la cholécystite
est-elle indiquée.* Wichen. M. Woch., 18 octobre 1924.
- BONNET. — *Ectomie sous-séreuse dans les cholécystites
suraiguës.* Soc. Chir. Lyon, 15 novembre 1923.
- BOYDEN. — *Sur les ponctions de la V.B.* Surg. gyn. obst.,
1^{er} janvier 1928.
- BRANON. — *425 cas d'aff. de la V.B.* Journal of Med. Assoc.,
1920, n° 3.

- BRETESCHE. — Thèse de Paris, 1926.
- CAROLI. — *Les hépatites ictériques*. Thèse de Paris, 1931.
- CHALIER. — *Ectomie à chaud dans les cholécystites aiguës*.
Soc. de Chir. Lyon, 15 mars 1923.
- CHIRAY et PAVEL. — *La V.B. : Anat., physiol., séméiol.,
pathol. et therap.* Masson, éd.
- CHIRAY et PAVEL. — *La stomie*. Presse therm. et climatique,
1926, p. 214.
- CHIRAY et PAVEL. — *Comment la V.B. se remplit et com-
ment elle se vide*. Presse Méd., 7 mars 1928.
- CIGNOZZI. — *L'ectomie*. La Riforma medica, 14 mai 1920.
- CONNELL. — *Résultats él. en chir. bil*, Ann. of Surg.,
juin 1928.
- CORIN. — *A propos des insuccès de l'ectomie*. Liège Médical,
26 juin 1927.
- COTTE. — *Traitement chirurg. de la L.B. et de ses complic.*
Thèse Lyon.
- COTTE. — *Difficultés de l'ectomie secondaire*. Soc. Chir.
Lyon, 22 novembre 1923.
- COTTE. — *Sur l'expl. des V.B. au lipiodol en cas de fistule*.
La Méd., 1925-1926, n° 42.
- DAVIS. — 1° *Facteurs d'insuccès dans la chir. de la V.B.*
Journal of the Ann. Med. Assoc., 5 août 1911.
- DAVIS. — 2° *Mortalité et résultats terminaux dans la chir.
de la V.B.* Annales of Surg., mai 1928, p. 735.
- DESJARDINS. — Soc. Chir. Paris, décembre 1928.

- DEAVER et REIMAN. — 1° *Op. et réop. pour L.B.* Journal of the Ann. Med. Ass., 17 avril 1920.
- DEAVER et REIMAN. — 2° *Ectomie contre Stomie.* Journal of the Ann. Med. Ass., mars 1927.
- DESPLAS et MEILLÈRE. — *Bul et M.S. Chirurgie*, 3 déc. 1930.
- DESPLAS et MEILLÈRE. — *Techn. et indic. des stomies avec dérivation de bile.* Presse Méd., 21 janvier 1931.
- DELREZ, MOONS et HENRARD. — *Insuccès de la stomie.* Bruxelles Méd., 1927, p. 134.
- DONNIER. — *Ectomie à chaud dans les cholécyst. aiguës.* Th. Montpellier, 1926-1927.
- DUCLOS. — *Résultats imm. et él. des interventions sur les voies biliaires.* Thèse Lyon, 1925-1926.
- DUVAL, GATELLIER et BECLÈRE. — *Archives des Mal. de l'App. digestif et de la nutrit.*, 1922.
- ELIASON et FERGUSON. — *Cholecystostomy with special reference to post operative morbidity and function.* Ann. Surg., 94-370-380, sept. 1931.
- ERDMANN. — *Ectomie ou stomie.* Medical Record, 13 février 1919.
- EXNER. — *Indic. et résultats du traitement chir. de la L.B.* Centralblatt für Grenzgeb. Med. und Chir., 1912.
- FAVRE. — *Thèse Paris* 1929.
- FIHSTERER. — *La Chir. de la L.B.* Med. Klin., 3 et 10 décembre 1926.
- FRIESLEBEN. — *Bacteriologie des V.B. extirpés.* Münchn. Med. Woch., 30 décembre 1927.

- GOSSET. — *Ectomie dans la L.B. et les infections bil. Technique et résultats.* Journ. Chir., 1911, p. 1, tome VII.
- GOSSET. — *Ind. de l'ectomie.* Soc. Chir. Paris, 5 avril 1922.
- GRILLET. — *L'ectomie à chaud dans les cholécystites aiguës.* Thèse Lyon, 1913.
- GUTMANN. — *Indications respectives.* Pratique Médic. Chir., février 1933.
- HEINECK. — *Respective indications of stomy and ectomy.* Feb. 1932. Tristates M.J. 825-826 and Colorado Med. Ap. 1932.
- ILLINGWORTH. — *Variétés d'infect de la V.B. Etude de 100 cas opérés.* The British Journal of Surg., oct. 1927, p. 221.
- JUARISTI. — *Les avantages de la stomie.* Rev. de Cir., janvier 1931, p. 119-121.
- JUDD et PARKER. — *Mortalité conséc. aux op. sur les voies bil., le pancréas et le foie.* Annales of Surg., sept. 1926, p. 419.
- KEHR. — *Les récidives.* Münch Med. Woch., 14 mars 1911.
- KEHR. — *Le drainage du chol.* Arch. für Klin. Chir., 1^{er} février 1912.
- KEMPENEERS. — *Ectomie et stomie. Ind. et résultats.* Bruxelles Méd., 1927, p. 329.
- LABEY, LE DENTU et DELBET. — *In Mal. chir. du foie et des voies bil.*
- LECÈNE. — B. et M. S. Chirurgie, 22 oct. 1924; 23 février 1921. Soc. chir., Paris 1922.

- LECÈNE et LERICHE. — Thérap. chirurg.
- LEGRAND. — *La stomie op. de nécessité et de sécurité*. La Norm. Méd., n° 5, mai 1927.
- LERICHE et COTTE. — Revue chir., 1912, t. II, p. 869.
- MATHIEU. — *Les suites él. des op. p. L.B.* Paris Méd., 1922, p. 428.
- MAYO. — *Gynecology and obstetric*. Ann. of Surg., mars 1917.
- MIRITARIAN. — *Indications de la stomie et ectomie*. Travail de clin. Prof. Roux. Thèse Lausanne, 3 juillet 1920.
- R.-H. MILLER. — *Acute cholécysti*, oct. 1930. Ann. Surg., 92, 644-648.
- MOCQUOT. — B. et M. de Soc. Chirurgie, 1920, p. 1304.
- MOCQUOT. — B. et M. de Soc. Chirurgie, 1924, 10 décembre.
- NORMENT BAKER. — *Difficultés de la chir. de la Vés. Bil.* Surg. Gyn. Obst., déc. 1909.
- O'DAY. — *Stomie ou ectomie?* Annals of Surgery, 1922, n° 6.
- OKINCZYK. — Bull. et M. Soc. Chir., 10 déc. 1924.
- PAUCHET. — *Les Fistules biliaires*. Presse Méd., 1917, p. 89.
- PAUCHET et HIRSCHBERG. — *In Congrès de la Lithiase biliaire*.
- PETRIDIS. — B. et M. S. Chir., 1922.
- R. PECCO. — *Effets de la suppression de la vésicule sur le cholestérol sanguin*. Arch. éd. atti. di Soc. ital. di Cir., 1000-1008, 1931.
- POLICARD. — *Quelques faits sur l'épithélioma de la V. B.* Lyon Médical, 1914.

- QUENU et DUVAL. — XI^e Congrès de la Société intern. Chirurgie, Bruxelles, 1908.
- ROHDE. — Archives fur Klin. Chirurgie, t. CXIII, 1920.
- ROUSSEL. — *Indications de l'ectomie et de la stomie*. Société belge de chirurgie, 26 novembre 1926.
- ROYSTER. — *Shall we operate on acutely inflammed gallbladder*. Octobre 1931, South Med. and Surg., 93, 739, 740.
- SIKORA. — B. et M. Soc. Chirurgie, 10 décembre 1924.
- SOUPANT et TALHEIMER. — *Faut-il faire l'ectomie ou la stomie dans les cholécystites aiguës?* Bulletin Médical, octobre 1925.
- TAVERNIER. — *Cancer de la vésicule après stomie*. Lyon Chirurgical, 1924, p. 591.
- TITGAT (Liège). — Bulletin Ac. roy. Belgique 163-172, 1931.
- TITGAT. — *Ectomie et stomie. Les cholécystectomies précoces dans le T. des cholécystites aiguës*. Soc. Belge Chir.,
- UPCOOK. — *Résumé des travaux contemporains sur la chirurgie vésiculaire*, 3 mars 1910.
- VILLARS et DUCLOS. — *Résultats des interventions sur les voies biliaires*. Maloine 1927.
- VISHER. — Schweimed-Woch, 1921, n^o 22.
- VISHER. — *Traitement des cholécystites à la Clinique de Bâle*.
- VONCKEN. — *Complication des stomies*, 9 mars 1927.
- WESLEYLONG. — *L'importance de ménager la vésicule dans les interventions sur les voies biliaires*. Ann. of Surgery, 3 mars 1921.

WITTE STETTEN. — *Les difficultés de l'ectomie secondaire.*

Annals of Méd. Sc., juillet 1923.

WINIWARTER. — *Le danger des fistules biliaires prolongées.*

Scalpel, 16 octobre 1910.

